

論文内容要旨（乙）

Management and risk factor of stenosis after endoscopic submucosal dissection for colorectal neoplasms.

（大腸上皮性腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術後の狭窄におけるリスクファクターとその対策）

Gastrointestinal Endoscopy（2017 年掲載予定）

内科学（消化器内科学分野）（横浜市北部病院） 林 武雅

【背景と目的】内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD: endoscopic submucosal dissection)は消化管上皮性腫瘍に対し、腫瘍径に関わらず一括切除が可能な治療方法である。食道・胃では、大きな病変を切除後、人工潰瘍の治癒過程により狭窄が起こり通過障害を併発することが問題となっている。周在性 75%以上の切除が狭窄のリスクファクター(リスク)であり、そのような場合にはステロイド治療による狭窄の予防を行うことが多い。大腸では遅れて保険収載されたこともあり、狭窄のリスクファクター、狭窄予防におけるステロイド治療の有効性が証明されていない。本研究は大腸腫瘍に対する ESD 後の狭窄のリスクとその有効な予防方法と治療を明らかにするために施行した。

【方法】本研究の対象は 2003 年 9 月から 2015 年 5 月までの間に、昭和大学横浜市北部病院にて大腸腫瘍に対し ESD が施行されたすべての症例、841 症例 932 病変を対象とした。ESD の対象病変は、内視鏡的粘膜切除では一括切除困難が予想される腫瘍径 20 mm以上の病変とした。狭窄の評価方法としては、術後の症状に関わらず、径 11.5-11.8 mmの内視鏡が通過しない場合に狭窄とした。基本的には術後 6 か月で狭窄の評価をする。腹痛などの症状を認めた場合には、酸化マグネシウムや乳酸菌製剤の内服で治療し、それでも症状が改善しない場合には内視鏡的に狭窄の評価を行うこととした。狭窄リスクの評価項目は切除標本の長軸/短軸径、短軸粘膜欠損の周在性(以降、周在性)、深達度、治療時間、一括切除率、偶発症率とし、狭窄群と非狭窄群とで比較検討した。粘膜欠損の周在性は<75%、≥75%<90%、≥90%<100%、100%に分類した。

【結果】841症例932病変中、経過観察の内視鏡検査が施行できなかった19症例20病変を除外し、822症例912病変を評価対象とした。4病変(0.5%)に狭窄を認めたが周在性が90%未満の症例では1例も狭窄を認めなかった。予防的なステロイド投与した症例は1例もないが狭窄した4症例は全て、1-3回の内視鏡的拡張術で保存的加療が可能であった。切除標本の長軸/短軸径、周在性90%以上、治療時間で有意差を認めた。食道/胃で狭窄の

リスクとされる周在性75%以上であった50病変を対象に再度同様の検討を施行すると、周在性90%以上のみが有意差を認めるリスクであった。。周在性90%以上-100%未満の症例においての狭窄率が本研究11.1%(2/18)に対し先行論文では42.5% (7/16)と高い傾向であった。当院での非狭窄群の内視鏡再検時期は腹部症状を認めても整腸剤を投与し治療後6か月に施行されたのに対し、先行論文での狭窄症例の内視鏡再検時期はすべて1ヵ月未満で、少しでも腹部症状を認めたものはすぐに内視鏡再検が施行されていたことから、治療から再検までの期間が短いと自然拡張される時間も短く狭窄を認める症例が増加すると思われた。

【結語】 大腸においては周在性90%以上の切除が狭窄のリスクであった。周在性90%未満の症例では狭窄予防の必要性はない。また狭窄してもすべて内視鏡的拡張術で保存的加療が可能であった。